Plan régional en traumatologie et cibles d'action 2005–2008

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Québec

Coordination et rédaction
M. Jean-Marie Baril, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de la planification et de la programmation

Supervision
M. Gilles Pelletier, directeur de la planification et de la programmation

Collaboration spéciale
Dr Sylvain Trudel, directeur médical régional SPU, comité régional de traumatologie
Mme Michèle LeBlond, agente de planification et programmation en déficience physique, comité régional de traumatologie
Mme Josée Lalancette, RAMQ

Consultation
Drs Michel Desjardins, directeur régional des affaires médicales et de santé physique
Sébastien Toussaint, CSSS Baie-des-Chaleurs, comité régional de traumatologie
Christian Mainville, CSSS de La Côte-de-Gaspé, comité régional de traumatologie
Sam Daher, CSSS du Rocher-Percé, comité régional de traumatologie
Mmes Christiane Paquet, coordonnatrice, Direction de santé publique
Angéline Godin, coordonnatrice à la planification et à la programmation
Peggy Cormier, technicienne en administration
Marie-France Laka, Association TCC\ACV GÎM, comité régional de traumatologie
MM. Gaétan Germain, agent de planification SPU
Jacques Roussel, technicien ambulancier, responsable des premiers répondants
Jean-Marie Beaupré, CR de la Gaspésie, comité régional de traumatologie
Francis Boudreau, CR de la Gaspésie, comité régional de traumatologie

Révision de texte
Mmes Isabelle Gagné (1re étape), secrétaire
Line Le Guédard (2e étape), secrétaire
Mireille Fortin (dernière étape), secrétaire

Adopté par le conseil d'administration le 30 avril 2005

Ce document est disponible sur Internet au www.agencesss11.gouv.qc.ca

ISBN : 2-923129-20-2
Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

106-03505/

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 3

PRÉAMBULE 5

1. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES 7

2. DONNÉES SUR L'ORGANISATION SOCIOSANITAIRE DE LA RÉGION 9

3. CIBLES D'ACTIONS ET D'AMÉLIORATION 13

4. LEADERSHIP ET MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE 15

4.1 COMITÉ PROVINCIAL DE TRAUMATOLOGIE 15
4.2 COMITÉ RÉGIONAL DE TRAUMATOLOGIE 15
4.3 COMITÉS LOCAUX DE TRAUMATOLOGIE 16

5. SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION 19

5.1 OBJECTIFS POURSUIVIS AU REGARD DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS 19
5.2 PROGRAMMES ET ACTIVITÉS REQUISES 19

6. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 23

7. SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE) 31

7.1 MISE EN PLACE DES PROGRAMMES SERVICES DANS LES RÉSEAUX LOCAUX 31
7.2 LES CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 32

8. SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS 33

9. SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE 35

10. LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES 37

11. UN CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE 39

12. FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES 41

CONCLUSION 49

MESURES ET GESTION DE LA REDDITION DE COMPTE 51

RÉFÉRENCES 61

GLOSSAIRE 63

PRÉAMBULE

Au Québec, les traumatismes constituent la première cause de mortalité entre 1 et 45 ans, et la première cause d'années potentielles de vie perdues avant 65 ans. Les traumatismes sont aussi responsables d'environ 10 % des journées d'hospitalisation. Parmi les traumatismes non intentionnels, les traumatismes routiers sont responsables du plus grand nombre de décès.

Les traumatismes survenant à domicile et lors d'activités récréatives ou sportives représentent également un fardeau considérable. Environ 1 Québécois sur 15 est victime dans une année d'un traumatisme entraînant une limitation des activités ou nécessitant une consultation médicale.

Les clientèles dont il est question dans ce plan sont les personnes traumatisées ou potentiellement[1] à risque comprenant :

- les polytraumatisés (blessures graves impliquant deux systèmes ou plus);
- les polyfracturés (fractures de plusieurs membres et/ou du bassin);
- les traumatisés cranio-cérébraux avec diminution de l'échelle de coma de Glasgow;
- les traumatisés de la colonne vertébrale ou de la moelle épinière;
- les traumatisés hémodynamiquement instable;
- les grands brûlés (> 30 % de la surface corporelle, 2e degré ou plus, ou brûlures respiratoires).

Bien que le réseau de la santé et des services sociaux ait tissé des liens avec les différents secteurs impliqués dans la recherche et la mise en œuvre des solutions, c'est dans un contexte de transformation profonde des structures qu'il devient essentiel de préserver les acquis dégagés de la mise en place et de la consolidation du *Programme québécois de traumatologie*.

Dans cette optique, des mesures doivent être prises afin de permettre l'adaptation des programmes services aux nouvelles réalités du réseau et de promouvoir l'amélioration continue des services qu'il comprend. C'est pourquoi, l'élaboration et la mise en place du *Plan régional en traumatologie* 2005-2008 constituent une cible prioritaire apparaissant dans les attentes administratives du Ministère pour l'année 2004-2005.

Découlant de la vision d'ensemble requise pour toute entreprise déployée à cette échelle, il importe de se doter d'outils favorisant l'intégration verticale et horizontale des actions posées en traumatologie, que ce soit sur les plans national, régional ou local, en un tout cohérent, efficace et efficient.

---

[1] En fonction des cibles à atteindre, la notion de « potentiellement à risque » comprend les TCC légers.

1. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

Grâce au registre sur les traumatismes complété[2] par les établissements ayant un statut de centre de traumatologie primaire, il est possible d'avoir de l'information sur les traumatismes en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de les comparer avec l'ensemble du Québec. Nous avons reçu et comparé 2002-2003 et 2003-2004.

INSCRIPTION AU REGISTRE

Le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est de 246 cas pour la période 2003-2004, comparativement à 179 pour la période 2002-2003. Le pourcentage d'augmentation des cas inscrits au registre entre les deux années de référence correspond à 37 %. Au Québec, on remarque 4 % d'augmentation de cas inscrits au registre.

NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE DES TRAUMATISMES		
SECTEUR	**2002-2003**	**2003-2004**
CSSS Baie-des-Chaleurs	88	133
CSSS des Îles	14	15
CSSS de La Haute-Gaspésie	23	33
CSSS de La Côte-de-Gaspé	54	65
Ensemble	179	246

Hommes\femmes

En moyenne, ce sont les hommes qui sont victimes de traumatismes dans notre région, avec 53,7 % pour 2003-2004 et 53,5 % pour 2002-2003. Au Québec, 53,5 % des victimes sont des hommes. Toutefois, selon les secteurs, le sexe des victimes de traumatisme varie. Pour 2003-2004, le recensement est le suivant :

COMPARAISON SELON LES SEXES		
SECTEUR	**% HOMME**	**% FEMME**
CSSS Baie-des-Chaleurs	60,9	39,1
CSSS des Îles	46,7	53,3
CSSS de La Haute-Gaspésie	36,4	63,6
CSSS de La Côte-de-Gaspé	49,2	50,8

[2] Ne comprend pas le CSSS du Rocher-Percé.

L'âge des victimes

L'âge moyen des victimes pour l'année 2003-2004 est de 56 ans, en comparaison avec 59 ans en 2002-2003. Au Québec, l'âge moyen est de 54 ans.

ÂGE MOYEN ET ÉCART TYPE DES VICTIMES DE TRAUMATISME		
SECTEUR	**ÂGE MOYEN**	**ÉCART TYPE**
CSSS Baie-des-Chaleurs	54,7	29,9
CSSS des Îles	61,6	16,2
CSSS de La Haute-Gaspésie	62,7	23,1
CSSS de La Côte-de-Gaspé	24,3	15,5
Ensemble	56,4	25,3

Durée de séjour

La durée de séjour dans un centre de traumatologie est la suivante :

DURÉE DE SÉJOUR				
SECTEUR	**DURÉE MOYENNE**		**ÉCART TYPE**	
	2002-2003	**2003-2004**	**2002-2003**	**2003-2004**
CSSS Baie-des-Chaleurs	11	8,2	9,7	9,5
CSSS des Îles	8,6	6,7	11,8	4,6
CSSS de La Haute-Gaspésie	22,2	12,5	31,6	15,1
CSSS de La Côte-de-Gaspé	17	15,5	23,5	30,5
Ensemble	14	10,7	18,9	18,5

Les décès

Le nombre de décès causés par les traumatismes correspond à 29 personnes en 2003-2004. En 2002-2003, le nombre était de 26. Le tableau suivant donne le lieu ou a été constaté le décès :

NOMBRE DE DÉCÈS						
SECTEUR	**ARRIVÉE À L'URGENCE**		**SORTIE DE L'URGENCE**		**APRÈS ADMISSION**	
	2002-2003	**2003-2004**	**2002-2003**	**2003-2004**	**2002-2003**	**2003-2004**
CSSS Baie-des-Chaleurs	5	5	8	6	2	6
CSSS des Îles	0	1	0	1	0	2
CSSS de La Haute-Gaspésie	3	3	4	3	0	1
CSSS de La Côte-de-Gaspé	0	0	0	0	4	1
Ensemble	8	9	12	10	6	10

2. DONNÉES SUR L'ORGANISATION SOCIOSANITAIRE DE LA RÉGION

LES FACTEURS PHYSIO-DÉMOGRAPHIQUES

La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est composée de deux ensembles physiographiques : d'une part, la péninsule gaspésienne et, d'autre part, l'archipel des Îles-de-la-Madeleine. Cette région couvre une superficie de 20 615 kilomètres carrés, dont plus de 80 % du territoire de la péninsule gaspésienne est recouvert par la forêt.

En fonction du recensement de 2001, Statistique Canada dénombrait une population régionale totale de 96 924 habitants. Les Îles-de-la-Madeleine, avec une population de 12 824 habitants, représentent 13 % de l'ensemble de la population. Par ailleurs, durant la période estivale, on estime à plus d'un demi-million les vacanciers qui circulent sur les routes de la région.

Le mode de peuplement de la péninsule gaspésienne s'est effectué en continu le long du littoral de la rive du Saint-Laurent et de la Baie-des-Chaleurs, ponctué de quelques concentrations urbaines. Contrairement aux autres régions périphériques, il n'existe que quelques îlots de peuplement à l'intérieur des terres, sauf pour Murdochville et quelques municipalités situées à l'extrémité de la vallée de la Matapédia.

L'étendue du territoire combinée à une population peu nombreuse explique le faible taux de densité de population au kilomètre carré : 4,5 habitants pour la péninsule gaspésienne. Par ailleurs, l'archipel des Îles-de-la-Madeleine couvre un territoire de 202,35 kilomètres carrés avec une densité de population largement supérieure à la péninsule gaspésienne, soit de 63,5 habitants/km^2.

Territoire Bonaventure-Avignon

Les limites territoriales

Le secteur de Bonaventure–Avignon dans la Baie-des-Chaleurs est délimité par les municipalités de Shigawake à l'Est et Matapédia à l'Ouest, incluant les plateaux de Matapédia, soit une distance d'environ 200 kilomètres.

La population

La population des secteurs Bonaventure et Avignon est de 33 535 habitants, soit 35 % de la population régionale.

Les établissements

Le territoire de Bonaventure–Avignon est composé du CSSS Baie-des-Chaleurs qui s'est formé à partir du CH Baie-des-Chaleurs, du Centre de santé et de services sociaux Le Rivage et du CLSC Malauze. Pour les fins du réseau de la traumatologie, le CSSS Baie-des-Chaleurs a une désignation comme centre primaire de traumatologie. Le CR de la Gaspésie possède une équipe locale en DP dans ce territoire. Par ailleurs, le siège social de l'Association des TCC\ACC est situé à Maria.

Territoire de La Côte-de-Gaspé

Les limites territoriales

Madeleine à Coin-du-banc, soit l'équivalent de 170 kilomètres.

La population

18 545 habitants, soit 19 % de la population régionale.

Les établissements

Le CSSS de La Côte-de-Gaspé s'est formé à partir du CH de Gaspé et du CLSC Mer et Montagnes, dont les services sont rendus dans ses installations de Grande-Vallée, Rivière-au-Renard, Gaspé, Barachois et Murdochville. Deux des points de service du CLSC ont une urgence 24/7, à savoir Grande-Vallée et Murdochville. La distance entre le CH et le plus éloigné des points de service du CLSC est d'environ 92 kilomètres.

Pour les fins du réseau de traumatologie, le CSSS de La Côte-de-Gaspé (CH) est de catégorie centre primaire de traumatologie, les points de service (CLSC) à Murdochville et Grande-Vallée sont des centres de stabilisation. Le CR de la Gaspésie possède une équipe locale en DP dans ce territoire.

Territoire de La Haute-Gaspésie

Les limites territoriales

Capucins à Mont-Louis, soit l'équivalent d'environ 110 kilomètres.

La population

12 722 habitants, soit 13 % de la population régionale.

L'établissement

Le CSSS de La Haute-Gaspésie est un établissement fusionné regroupant les missions CH, CLSC, CHSLD et CR pour alcooliques et toxicomanes. L'établissement dispose de huit installations et points de service (1 établissement, 1 CA). La distance entre le CH et les différents points de service varie de 10 à 61 kilomètres.

Pour les fins du réseau de traumatologie, le CSSS de La Haute-Gaspésie est de catégorie centre primaire de traumatologie. Le CR de la Gaspésie possède une équipe locale en DP dans ce territoire.

Territoire des Îles-de-la-Madeleine

Les limites territoriales

Le territoire est celui de l'archipel. Il s'étend de Havre-Aubert à Grande-Entrée, incluant l'Île d'Entrée. Il s'agit d'un territoire distinct de par sa situation géographique, qui implique une organisation spécifique de services.

La population

12 824 habitants, ce qui représente 13 % de la population régionale.

Les établissements

On retrouve aux Îles-de-la-Madeleine le CSSS des Îles qui a été composé de deux établissements de santé et de services sociaux. Ces établissements, le CH de l'Archipel et le CLSC des Îles, possèdent 7 installations et points de service, et offrent la gamme de services dans les missions CH, CLSC, CHSLD et CR.

Pour les fins du réseau de traumatologie, le CSSS des Îles est de catégorie centre primaire de traumatologie. Le CR de la Gaspésie possède une équipe locale en DP dans ce territoire.

Territoire du Rocher-Percé

Les limites territoriales

Percé (village) à Port-Daniel–Gascons, soit l'équivalent de 79 kilomètres.

La population

19 298 habitants, soit 20 % de la population régionale.

Les établissements

Ce territoire compte le CSSS du Rocher-Percé composé du CH de Chandler et du CLSC-CHSLD Pabok. La distance entre le CH et le plus éloigné des points de service du CLSC est de 44 kilomètres.

Pour les fins du réseau de traumatologie, le CSSS du Rocher-Percé est de catégorie centre primaire de traumatologie. Le CR de la Gaspésie possède une équipe locale en DP dans ce territoire.

3. CIBLES D'ACTIONS ET D'AMÉLIORATION

Le plan régional comprend des cibles applicables à l'ensemble des maillons constituant la chaîne de services en traumatologie. Ceux-ci sont :

1. De développer une approche programme articulée autour des besoins spécifiques des victimes de traumatisme;

2. D'assurer la réalisation et l'amélioration continue de tous les critères stipulés dans les matrices d'évaluation officielles;

3. D'assurer l'implantation des recommandations découlant des visites des groupes conseils en traumatologie, volets santé physique et réadaptation/soutien à l'intégration, et promouvoir l'amélioration continue des services offerts;

4. D'assurer la mise en place des moyens nécessaires à l'articulation étroite des services avec les ressources situées en aval et en amont, de concrétiser la mise en place de corridors de services requis et d'en assurer le respect;

5. De prendre toutes les mesures possibles en vue de la réduction progressive des iniquités existant entre les clientèles disposant d'un tiers payeur et celles qui n'en ont pas;

6. D'assurer la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services dans chacun des centres désignés en traumatologie, par le biais notamment d'un comité reprenant l'essentiel des mandats confiés aux comités locaux de traumatologie des établissements de santé physique;

7. D'assurer la mise en place d'un programme d'assurance qualité des services offerts, en supportant le développement d'une culture d'évaluation et des habiletés requises à cette fin dans les établissements;

8. D'assurer l'évaluation des résultats obtenus;

9. D'assurer la représentation des divers secteurs d'activités concernés au comité régional de traumatologie ou autres instances régionales reconnues dans le réseau de la traumatologie.

4. LEADERSHIP ET MÉCANISMES DE CONCERTATION EN TRAUMATOLOGIE

4.1 Comité provincial de traumatologie

La participation de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine au comité provincial est de nature à contribuer à définir l'avenir et le développement de la traumatologie, et à participer à la détermination de ses orientations. Le responsable du programme de traumatologie à l'Agence en est le représentant au comité provincial.

4.2 Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie a été mis en place en décembre 2001 par le Dr Christian Léger, en collaboration avec le Dr Pierre Lapointe, président du Groupe-conseil du MSSS.

Dans le cadre de la restructuration du réseau de santé et de services sociaux, il y aurait actualisation de la représentation des établissements en incluant les acteurs significatifs.

Essentiellement, le rôle du comité régional est :

- d'évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie, et d'élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- de superviser l'implantation, l'opérationnalisation et d'assurer le suivi du programme régional de traumatologie;
- de voir à l'implantation et à l'opérationnalisation des corridors de services intra et extra régionaux;
- de s'assurer de l'existence des protocoles de transferts requis;
- d'émettre des avis et des recommandations en matière de dépistage et de prévention (DSP);
- d'assurer la qualité des soins et l'accessibilité à toute la population de la région;
- de veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- de recevoir et d'assurer le suivi des recommandations des équipes du Groupe-conseil en traumatologie en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- de contribuer à la planification de certains éléments du continuum et à l'élaboration de programmes spécifiques (ex. : registre des traumatisés);
- d'assurer la promotion du développement du programme régional de traumatologie;
- d'assurer un rôle conseil auprès de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Mesure # 1

Afin d'assurer un leadership régional en matière de concertation en traumatologie, l'Agence doit nommer un répondant au comité régional de traumatologie.

Mesure # 2

La composition du comité régional est la suivante :

- du directeur régional des affaires médicales et de santé physique;
- un représentant du CSSS de La Haute-Gaspésie;
- un représentant du CSSS de La Côte-de-Gaspé;
- un représentant du CSSS du Rocher-Percé;
- un représentant du CSSS Baie-des-Chaleurs;
- un représentant du CSSS des Îles;
- un représentant du CR de la Gaspésie;
- un représentant de l'Association des TCC et ACV GIM;
- d'intervenants invités au besoin selon l'intérêt et les dossiers traités.

4.3 Comités locaux de traumatologie

En 2001, le Groupe-conseil du MSSS, qui a déposé ses recommandations lors des visites d'accréditation des centres de stabilisation et des centres de traumatologie en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, a insisté sur la formation d'un comité local de traumatologie. Cette recommandation a touché l'ensemble des établissements.

Le comité local de traumatologie a pour mandat :

- d'assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'établissement;
- d'identifier et d'adresser aux responsables des directions/services concernés, des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatisme;
- d'assurer l'implantation et le fonctionnement optimal d'un Registre des traumatismes;
- de contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux traumatisés en lien avec les objectifs définis à la matrice du Groupe-conseil du MSSS;
- d'assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies et de procéder à l'étude des dossiers en fonction de critères objectifs à déterminer, y compris les cas de mortalité;

- d'assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;

- d'assurer le suivi des recommandations déposées par le Groupe-conseil en traumatologie suite aux visites d'évaluation de la performance de l'établissement relative aux services offerts aux victimes de traumatisme;

- d'assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatisme;

- d'assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont);

- d'assurer un rôle consultatif auprès de l'Agence de santé et de services sociaux pour l'organisation des services sur le territoire et touchant l'orientation des victimes pris en charge (transport primaire).

La composition du comité local est la suivante :

- directeur des services professionnels ou son représentant;
- médecin responsable du comité;
- médecin responsable de l'urgence;
- infirmière responsable des lits de traumatologie;
- responsable des services de réadaptation;
- médecins spécialistes représentant les disciplines concernées directement par la traumatologie;
- représentant (propriétaire) du secteur préhospitalier;
- responsable de la formation des services ambulanciers;
- responsable des archives;
- autres intervenants concernés au besoin.

Mesure # 3

Que les établissements maintiennent le comité de traumatologie local en opération. Que le responsable du comité local expédie au responsable du comité régional à l'Agence copie des procès-verbaux des réunions du comité local. Il est souhaitable que le comité se réunisse au moins 4 fois par année.

5. SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) a été lancé en novembre 2002, lors des journées annuelles de santé publique. Au regard des grands déterminants de la santé et du bien-être, de même que des principaux problèmes confrontant les populations et les individus, le PNSP précise les objectifs de santé à poursuivre dans le domaine de la santé publique. Ces objectifs sont regroupés selon six grands domaines d'intervention que voici :

- développement, adaptation et intégration sociales;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- traumatismes non intentionnels;
- maladies infectieuses;
- santé environnementale;
- santé en milieu de travail.

Le Plan d'action régional de santé publique vient, quant à lui, indiquer pour la période 2004-2007 les objectifs, les programmes requis et les actions que la DSP entend mener pour s'acquitter de sa mission.

C'est en partenariat avec plusieurs acteurs national, régional et local que la Direction de santé publique actualisera ses objectifs.

5.1 Objectifs poursuivis au regard des traumatismes non intentionnels

Mesure # 4

A. Sécurité routière

Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicule hors route.

B. Chutes et blessures à domicile

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

C. Traumatismes récréatifs ou sportifs

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

5.2 Programmes et activités requises

A. Sécurité routière

- ***Programme de prévention des accidents de la route et des accidents de véhicules hors route***

  Premier responsable de la mise en place de ce programme : DSP.

Principaux collaborateurs :

- Sûreté du Québec;
- établissements licenciés pour la vente d'alcool (bars, dépanneurs, épiceries, discothèques);
- Régie des alcools, des courses et des jeux;
- Société de l'assurance automobile du Québec;
- municipalités;
- Pêches et Océans Canada (Bureau de la sécurité nautique, Garde côtière canadienne);
- marinas;
- commissions scolaires et écoles secondaires, clubs de VTT, clubs de motoneige.

Mesure # 5

Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :

- Poursuite de la mise en œuvre d'interventions préventives visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues et d'alcool, comme la formation des serveurs, les services de raccompagnement et le recours aux chauffeurs désignés;
- Développement et expérimentation d'une intervention préventive pour réduire les conséquences de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 18 ans qui font usage d'un véhicule routier ou récréatif hors route : création d'un programme de sensibilisation Action-polyvalente inspiré du programme Action-dépanneur et adapté aux adolescents en âge de conduire.

B. Chutes et blessures à domicile

- ***Programme de promotion de la sécurité à domicile***

Premiers responsables de la mise en place de ce programme : CLSC.

Principaux collaborateurs :

- organismes communautaires auprès des enfants et de leur famille;
- écoles, commissions scolaires;
- centres d'action bénévole;
- clubs de l'âge d'or;
- Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ);
- Fédération de l'âge d'or de l'Est-du-Québec (FADEQ).

Mesure # 6

Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :

- Intégration, dans le cadre du programme intégré de périnatalité et petite enfance, d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, en s'inspirant du guide *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants* (DSP Montréal Centre, 2001);
- Réalisation d'un état de situation régionale sur la problématique générale de la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées;
- Planification et mise en œuvre d'un projet pilote de prévention des chutes à domicile sur une ou deux MRC du territoire.

Mesure # 7

Que l'Agence évalue la faisabilité de la mise en place d'une campagne de sensibilisation auprès du public, afin de prévenir et diminuer les traumatismes liés à l'utilisation des trampolines.

Mesure # 8

Que l'Agence évalue la faisabilité de la mise en place d'une campagne de sensibilisation auprès du public, afin de prévenir et diminuer les traumatismes liés à l'utilisation des outils telles fendeuse à bois, scie électrique, scie à chaîne [...] à domicile.

C. Traumatismes récréatifs ou sportifs

- ***Promotion des mesures de sécurité lors d'activités récréatives et sportives***

  Premier responsable de la mise en place de ce programme : DSP.

  Principaux collaborateurs :

  - municipalités;
  - Pêches et Océans Canada (Bureau de la sécurité nautique, Garde côtière canadienne);
  - marinas.

Mesure # 9

Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :

- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements concernant la pratique des sports de glisse au Québec et le port du vêtement individuel de flottaison (PNSP, p. 51);
- Mise en œuvre de programmes d'application sélective (PAS)[3] concernant la conduite d'embarcations motorisées sur les plans d'eau, en ciblant le port du vêtement individuel de flottaison et le contrôle de la conduite d'embarcation avec les facultés affaiblies par l'alcool (PNSP, p. 51);
- Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des milieux scolaires et des centres à la petite enfance (PNSP, p. 51);
- Soutien conseil lors de la planification d'un plan d'aménagement de la cour d'école, en lien avec la norme CAN ICSA Z614-98;
- Soutien à la reconnaissance des situations potentiellement non conformes à la norme dans les aires et appareils de jeu;
- Sensibilisation des milieux scolaires à l'importance de procéder à l'inspection et à l'entretien des aires de jeu régulièrement.

[3] « Un programme d'application sélective (PAS) consiste en une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à développer ou à modifier un comportement dans une population. Il comprend habituellement un volet médiatique jumelé à une intervention policière. » (*PNSP*, p. 51)

6. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps sur tout le territoire habité de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Pour ce faire, les ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité tenant compte des particularités pour chacun des cinq réseaux locaux.

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permet une réduction maximale de son temps de réaction.

Par ailleurs, les actions prises en réponse aux demandes de services doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles et aux normes en vigueur, et maximiser les chances de survie des victimes.

Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux en partenariat avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

Pour ce qui est de l'intégration des services préhospitaliers d'urgence dans le Programme régional de traumatologie, nous identifions cinq secteurs de services préhospitaliers faisant partie du système intégré de traumatologie. Ceux-ci sont :

- le premier arrivé (le témoin);
- les appels d'urgence 911;
- le Centre de communication santé;
- le premier intervenant (secourisme);
- les premiers répondants;
- le transport ambulancier.

Le premier arrivé (le témoin)

Le premier arrivé est le témoin circonstanciel qui se trouve sur les lieux d'un incident sans être mandaté par le système préhospitalier d'urgence pour poser un geste de secouriste. Malheureusement, il existe un élément de passivité en regard du premier arrivé (le témoin).

La faible implication de témoins lors d'arrêts cardiaques ou de traumatismes, entre autres, indique que de grands efforts sont nécessaires pour sensibiliser davantage la population à intervenir dans les situations d'urgence auxquelles elle est confrontée.

Les observations montrent de façon quasi unanime que les actions entreprises par le premier arrivé (le témoin) prennent tout leur sens lorsqu'il s'ensuit une réaction rapide des autres intervenants de la chaîne. Au Québec, il est de l'obligation du citoyen d'intervenir lorsqu'une personne se retrouve en situation d'urgence (en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne, art. 2).

Le rôle du premier arrivé (le témoin) consiste à initier la réponse des services préhospitaliers d'urgence et à poser des gestes de premier secours ayant potentiellement une influence favorable sur la survie du patient.

L'encouragement à poser les gestes appropriés se heurte à une problématique de nature comportementale. Outre la passivité, on dénote l'appréhension de nombreux témoins qui hésitent parfois à porter secours aux victimes, surtout dans des cas d'inconscience ou de traumatismes. En effet, certains croient, à tort, que l'intervention auprès des victimes pourrait générer des poursuites ultérieures. Il importe dès lors de démystifier le rôle du premier arrivé (le témoin).

Mesure # 10

Que l'Agence prépare et finance une campagne de sensibilisation auprès du public en général sur les gestes à poser avant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence, et sur l'utilisation adéquate des services 9-1-1.

Mesure # 11

Que l'Agence prépare et finance une campagne de sensibilisation auprès des élèves du primaire et du secondaire sur les gestes à poser avant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. Que les équipes de premiers répondants soient mises à contribution dans cette mesure.

L'introduction d'une période au programme scolaire en secourisme auprès des élèves du secondaire favoriserait cette apprentissage.

Les appels d'urgence 911

Les services 9-1-1 sont mis en place par les municipalités et leur rôle consiste à recevoir l'ensemble des appels qui requièrent une ou plusieurs interventions d'urgence (pompiers, policiers, premiers répondants) et, le cas échéant, à transférer ces appels au Centre de communication santé lorsque les services préhospitaliers d'urgence sont requis.

Les services 9-1-1 sont essentiels à la chaîne car ils constituent une porte d'accès unique dans le système préhospitalier d'urgence. L'accès rapide aux services préhospitaliers d'urgence est une condition importante pour l'efficacité et l'efficience du système.

Dans la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, deux centrales couvrent les appels de demande de service urgent : le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est-du-Québec (CAUREQ) qui assure la prise en charge des appels pour l'ensemble de la péninsule et Ambulance Leblanc inc. pour l'archipel des Îles-de-la-Madeleine.

Ambulance Leblanc inc. ne dispose pas du service 911-E, c'est-à-dire avec repérage et affichage de l'appelant. Cette contrainte est une lacune importante à l'identification de l'appelant et au transfert des données aux ressources.

Mesure # 12

Que l'Agence de santé et de services sociaux intervienne auprès de la municipalité des Îles-de-la-Madeleine pour sensibiliser celle-ci sur la nécessité d'un système 911-E.

Le Centre de communication santé

La centrale de coordination des appels urgents, plus simplement appelée centrale de coordination, constitue l'un des éléments essentiels d'un système intégré de traumatologie. La réduction de la morbidité et de la mortalité en phase préhospitalière passe par l'intégration de tous les éléments du système dans une chaîne d'interventions bien articulée et sans faille, à compter de l'événement jusqu'au traitement définitif.

C'est précisément au niveau de l'articulation de cette chaîne d'interventions préhospitalières que se situe la contribution particulière de la centrale de coordination. Elle est en quelque sorte le « système nerveux » du système intégré de services préhospitaliers d'urgence.

Mesure # 13

Que l'Agence termine les travaux entourant la mise en place du Centre de communication santé pour l'ensemble du territoire Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, en collaboration avec le CAUREQ, en incorporant entre autres les services ambulanciers du secteur Rocher-Percé et des Îles-de-la-Madeleine.

Le premier intervenant (secouriste désigné)

Les premiers intervenants sont des secouristes désignés opérant au sein d'organismes privés ou publics où les risques potentiels de traumatismes et ou d'arrêts cardiorespiratoires (ACR) sont particulièrement élevés en raison des activités professionnelles ou récréatives s'y déroulant.

Ce sont des intervenants formés en premiers soins adaptés aux milieux spécifiques où ils interviennent et pouvant utiliser un défibrillateur semi-automatique (DSA) selon des protocoles s'apparentant à ceux des autres intervenants de la chaîne préhospitalière d'urgence (premiers répondants et techniciens ambulanciers) et avec un matériel compatible.

Comme les premiers arrivés, les premiers intervenants sont responsables de l'activation de la réponse des services préhospitaliers d'urgence et de dispenser des soins de premiers secours pouvant avoir une influence sur la survie du patient.

Mesure # 14

Que l'Agence, en collaboration avec les entreprises privées à risque pour la santé et la sécurité des travailleurs, étudie la possibilité de développer 5 équipes de premiers intervenants.

Mesure # 15

Que l'Agence, en collaboration avec Tourisme Québec, Parcs Canada, la SEPAQ et les municipalités, étudie la possibilité de développer 3 équipes de premiers intervenants dans les parcs qui accueillent des touristes en grand nombre.

Les premiers répondants

Selon le Rapport Dicaire de décembre 2000 :

> *« Le premier répondant est crucial pour assurer une rapidité et une facilité d'accès aux services préhospitaliers d'urgence, tout au moins dans les endroits où l'éloignement d'une partie de la population des centres urbains rend plus problématique l'accès rapide à une ressource ambulancière.*
>
> *D'ailleurs, il s'agit d'une condition critique essentielle pour l'atteinte des marqueurs de performance du secteur préhospitalier d'urgence (compression des temps de réponse) et pour l'amélioration de l'ensemble des soins à la population en phase préhospitalière. »*

L'implantation régionale d'un système de services préhospitaliers d'urgence performant doit amener des changements positifs dans l'organisation des services d'urgence, favoriser une amélioration des délais d'intervention et assurer une meilleure cohésion des interventions entre tous les intervenants. La formation d'un réseau de premiers répondants dans la région est l'un des éléments essentiels pour atteindre le but visé par le système.

L'implantation d'un réseau municipal de premiers répondants permet une intervention rapide du secteur préhospitalier. En effet, pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine qui est un milieu fortement rural, l'analyse des délais d'intervention des équipes de premiers répondants démontre une amélioration du temps réponse de 5 minutes, comparativement à 20 minutes (médiane) dans les localités où ceux-ci sont implantés.

Actuellement on peut compter sur 27 équipes de premiers répondants dans la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Pour l'atteinte des objectifs de compression des délais et d'augmentation des services de qualité, la mise en place d'équipes de premiers répondants doit être priorisée. Les villes/secteurs identifiés sont :

MUNICIPALITÉS	Nombre d'appels	Réponse SPU actuelle en minute (médiane)	Réponse SPU actuelle en minute (moyenne)	Écart en minute	
				+	-
Nouvelle	126	13	14,08	26	1
Mont-Louis–Anse Pleureuse	96	11	11,21	42	1
Douglastown	31	23	22,43	33	12
Bridgeville	24	22	22,27	32	16
Percé	128	14	17,23	50	0
Petit-Cap	41	14	15,48	34	9
Petit-Pabos	2	23	23	27	19
Saint-Godefroi	38	19	20,09	58	12
Cap-aux-Os	14	25	25	34	20
Cap-des-Rosiers	52	22	24,37	46	10
Anse au Griffon	37	18	18,54	47	10
Anse-à-Valleau	28	20	23,39	55	15
Pointe-Jaune	9	20	21,20	43	12
Saint-Maurice-de-l'Échouerie	46	17	22,13	42	12
Marsoui	14	23,30	24,43	30	19
Rivière-a-Claude	15	16	15,44	20	12
Cap-Seize	Impossible d'obtenir les données				
Cap-d'Espoir	94	13,30	15,26	31	4
Sainte-Thérèse-de-Gaspé	119	14	15,33	52	6
Saint-Siméon	91	18	18,12	44	10
L'Alverne	Impossible d'obtenir les données				
Saint-Omer	123	13	18,05	43	5
Havre-aux-Maisons	98	12	14,13	37	6
Grande-Entrée	18	34	35,03	47	29

Mesure # 16

Que l'Agence, en collaboration avec les municipalités, développe 8 équipes de premiers répondants dans les municipalités ou secteurs identifiés.

Le transport ambulancier

Les services ambulanciers représentent le maillon qui assure la prestation des soins préhospitaliers d'urgence par l'utilisation du transport sanitaire terrestre (l'ambulance), lequel concerne principalement les entreprises ambulancières et les techniciens ambulanciers, de même que le transport sanitaire aérien qui utilise les services aériens gouvernementaux, les centres hospitaliers, le personnel médical, etc.

L'intervention des transports sanitaires terrestres se situe soit en phase préhospitalière (transports primaires), soit en phase hospitalière (transports secondaires ou interétablissements). Dans les deux cas, des transports urgents (service rapidement accessible qui permet de fournir une réponse optimale) et non urgents (répondant aux cas dont le délai de transport ne risque pas d'entraîner une détérioration de la condition de la personne) peuvent être effectués.

Le vérificateur général du Québec faisait, dans son rapport 1997-1998 sur les services préhospitaliers au Québec, le constat suivant :

> *« Les régies ne cumulent pas d'information sur les taux de survie aux traumatismes sévères ou de réduction de la morbidité. Il est vrai que certains moyens ont été pris pour faire le suivi de ces cas : la désignation des centres de traumatologie, la création d'un comité ministériel, la mise en place du Registre de traumatologie. Cependant, à notre connaissance ni le Ministère ni les régies n'ont mené d'étude sérieuse à ce sujet. »*

Dans un suivi fait en décembre 2004, l'Agence reconnaissait cette lacune et s'engageait à y remédier par la mise en place d'un programme d'assurance-qualité.

Mesure # 17

Que le directeur médical régional SPU de l'Agence définisse les critères de performance en traumatologie et qu'il mette en place un programme d'assurance-qualité pour les services préhospitaliers afin de mesurer la performance des intervenants dans ce programme.

Mesure # 18

Que le directeur médical régional SPU s'assure que les services préhospitaliers contribuent au Registre des traumatismes par l'inclusion des données pertinentes comprises dans les formulaires AS-803 et AS-810.

Avion-hôpital (ÉVAQ)

Le système d'évacuation aéromédicale du Québec (ÉVAQ) est en opération depuis le 1er septembre 1981. ÉVAQ dispense des soins intensifs spécialisés à une clientèle diversifiée, dont les traumatisés majeurs.

Parmi les transports faits au Québec en 2003-2004 par ÉVAQ, les urgences traumatiques correspondent à 13,9 % des cas urgents. Ce pourcentage équivaut à 222 transferts pour une cause de traumatismes. Parmi les cas de transport urgent traumatique, ce sont les cas de traumatismes des extrémités qui dominent, suivis des traumatismes crâniens.

Pour ce qui est de la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, en 2003-2004, 111 usagers ont été transportés par l'avion-hôpital vers un établissement de Québec ou de Montréal.

En raison de l'éloignement du centre de traumatologie tertiaire désigné, le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, il est indispensable que ce service demeure une priorité pour l'évacuation des traumatisés de notre région.

Mesure # 19

Que le CSSS Baie-des-Chaleurs s'assure de la mise en place d'un protocole de transfert entre l'Hôpital régional de Campbellton et le centre tertiaire à Québec pour les traumatisés qui sont citoyens du Québec.

Hélicoptère

Depuis plusieurs années, divers groupes d'intérêt proposent que le Québec se dote d'un système de transport sanitaire urgent par hélicoptère. Un tel service héliporté de soins d'urgence servirait principalement pour les transferts interétablissements de cas graves et urgents sur de moyennes distances (transports secondaires); il pourrait occasionnellement effectuer des transports directement à partir des lieux d'un événement, le plus souvent de nature traumatique, dans des lieux difficiles d'accès ou à l'occasion d'incarcérations prolongées (transports primaires).

Compte tenu des coûts élevés de ce type de service, il faut poser franchement la question : l'existence d'un système héliporté permettrait-il véritablement, dans le contexte québécois, de réaliser des gains significatifs sur le plan de la mortalité et de la morbidité?

Cette question soulève la pertinence de ce service pour une région dont les distances sont élevées comme la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Afin d'alimenter la discussion au niveau du comité national, le comité de traumatologie régional devrait se prononcer sur un tel service.

7. SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE (SOINS AIGUS ET RÉADAPTATION PRÉCOCE)

7.1 Mise en place des programmes services dans les réseaux locaux

L'adoption de la Loi 25 sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux marque le point de départ d'une transformation importante dans l'organisation des services. Par cette loi, on vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Le projet de loi 83 vient, quant à lui, réaffirmer les responsabilités des centres de santé et de services sociaux (CSSS) relativement aux projets cliniques, qui couvriront l'ensemble des besoins de la population desservie par l'instance locale.

Les prochains mois verront plusieurs personnes et instances rattachées aux agences, aux CSSS et à leurs partenaires des réseaux locaux de services (RLS) collaborer à la mise en place de projets cliniques. Accessibilité, continuité, qualité, cohérence, responsabilité populationnelle, imputabilité, hiérarchisation des services, standardisation, services intégrés, clientèles prioritaires, etc. seront au cœur des discussions. Des cadres de référence cliniques et des ententes administratives types seront élaborés. Diverses ententes de services seront signées, des activités d'évaluation seront planifiées et accomplies, de même que des activités de communication organisationnelle et de communication avec les clientèles seront réalisées.

Rappelons que ces ententes ont pour objectifs : la prise en charge optimale des personnes victimes traumatisées ou ayant un risque potentiel et de déterminer les rôles respectifs à l'égard du centre receveur, du centre référant et du centre d'origine.

Ce contexte d'élaboration des projets cliniques constitue également une opportunité de contribuer à la mise à jour des continuums de services intégrés en traumatologie. Plusieurs associations et organismes du réseau de la santé produisent actuellement des documents afin d'appuyer l'élaboration des projets cliniques.

Mesure # 20

Que le comité de traumatologie régional supporte les établissements dans la mise en place de mesures répondant aux personnes traumatisées.

Mesure # 21

Que l'Agence demande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'accorder un mandat de visite et d'évaluation au Groupe-conseil en traumatologie pour les CSSS de la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine pour l'automne 2006.

7.2 Les centre de santé et de services sociaux

Les dernières visites de suivi du Groupe-conseil en traumatologie datent de janvier 2003 pour l'ensemble des centres, sauf pour les Îles qui datent de 2001. Ces visites ont permis de confirmer les établissements dans leurs rôles de centre primaire de traumatologie et d'apporter des recommandations particulières pour chacun des centres de santé.

Mesure # 22

Que l'Agence s'assure auprès du responsable de la traumatologie de chacun des CSSS du suivi des recommandations du Groupe-conseil de janvier 2003;

Que chaque CSSS envoie les procès-verbaux du comité local de traumatologie au responsable du programme à l'Agence;

Que chacun des CSSS confirme à l'Agence le nom du représentant de cet établissement au comité régional de traumatologie;

Que le comité local de traumatologie de chacun des CSSS dépose et présente au comité régional de traumatologie la stratégie qu'il entend prendre dans le maintien du continuum de services en traumatologie à travers la transformation organisationnelle locale;

Que chacun des CSSS complète le Registre des traumatismes de façon rigoureuse, le plus près possible de l'épisode de soins des individus concernés; qu'il utilise les données qui y sont contenues à des fins d'analyse et de discussion au comité local de traumatologie en vue de l'amélioration continue des services offerts;

Que chacun des CSSS utilise les feuilles de suivi à l'urgence afin de permettre l'utilisation optimale du Registre des traumatismes.

8. SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

La mise en place de services spécialisés de réadaptation physique dans la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a débuté en 1996, avec comme objectif principal que la population n'ait plus à se déplacer hors du territoire (dans le Bas-St-Laurent, à Québec ou Montréal) pour des services de définition régionale.

La mission régionale de centre de réadaptation en déficience physique a été donnée au Centre de réadaptation de la Gaspésie qui, ayant déjà la mission des services spécialisés en déficience intellectuelle pour la Gaspésie, avait développé une structure d'organisation de services déconcentrée partout sur le territoire.

À partir d'un plan d'organisation adopté en 1995 et suite à plusieurs étapes de développement, les personnes ayant une déficience motrice, une déficience du langage et de la parole, une déficience auditive ou une déficience visuelle ont maintenant accès aux services suivants :

- au niveau local (dans chaque MRC), des services d'adaptation-réadaptation et de support à l'intégration sociale offerts par des équipes polyvalentes et interdisciplinaires (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, éducateur spécialisé);

- au niveau sous-régional ou régional, des services d'adaptation-réadaptation et de support à l'intégration offerts ou en voie de dotation par des ressources spécialisées :
  - en déficience auditive : des audiologistes;
  - en déficience visuelle : des optométristes, des spécialistes en orientation-mobilité, en basse vision et communication adaptée;
  - en déficiences motrice et sensorielle : des neuropsychologues et des psychologues.

- au niveau régional (avec des points de service), des services d'aides techniques pour les déficiences motrice, auditive et visuelle.

Une dernière phase de planification est en cours pour compléter l'offre de services régionaux. Il s'agit de travaux pour l'élaboration (septembre 2004 – juin 2005) et l'adoption (septembre 2005) d'un plan régional d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) pour les personnes ayant une déficience motrice. Ces services comportent principalement des services internes (unités spécialisées de RFI) qui sont offerts par des équipes interdisciplinaires (professionnels de la réadaptation, de soins infirmiers, de services sociaux et psychologiques) et avec la collaboration de médecins spécialistes et généralistes.

La mise en place de cette offre de services régionaux a d'ailleurs permis au CR de la Gaspésie de s'inscrire au consortium en neurotraumatologie de l'Est-du-Québec (volet réadaptation et intégration sociale), qui vise à assurer des corridors de services efficaces et une offre de services suprarégionaux et régionaux de qualité pour les personnes ayant subi une blessure médullaire ou un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave. Un premier protocole d'entente entre la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et celle de Québec a été signé à cet effet en novembre 2002. Un tableau de bord composé d'indicateurs précis associés à des outils de collecte et d'analyse d'information est en élaboration pour assurer le suivi et l'évaluation du continuum de services.

Mesure # 23

Que le CR de la Gaspésie et l'Agence terminent l'évaluation de la mise en place d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive afin d'offrir ces services dans notre région.

Mesure # 24

Que les CSSS, en partenariat avec le CR de la Gaspésie et les RUIS, s'assurent de rendre accessibles des services de réadaptation spécialisés ou surspécialisés pour les personnes pour lesquelles ils sont nécessaires, par la mise en place de protocoles d'entente extrarégionaux.

Mesure # 25

Que le CR de la Gaspésie complète les systèmes d'information clientèle existants de façon rigoureuse, en tenant compte de l'étape de soins et services propre aux individus concernés. Qu'il exploite les données qui y sont contenues, de façon à dresser un portrait global de la clientèle, à des fins de planification organisationnelle et de gestion.

9. SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

Les services dont il est question dans ce chapitre sont le soutien à domicile, les services psychosociaux, les services de réadaptation de 1re ligne et les services d'adaptation du domicile.

Les fournisseurs de services en cause dans ce chapitre sont les CSSS (volet social), le CR de la Gaspésie et les organismes communautaires.

Le développement d'un continuum de services dépend entre autres de la mise en place d'un protocole entre les CSSS, le CR de la Gaspésie et les organismes communautaires. Ce protocole a pour objectif de favoriser la complémentarité des interventions requises par la clientèle.

Afin d'intégrer ce dernier volet au continuum de services en traumatologie, les liens à développer avec les organismes communautaires doivent être abordés dans le cadre des orientations régionales et ils devront faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Des interfaces avec les organismes communautaires offrant des activités de jour pourront être envisagées, notamment au niveau de la promotion, de la prévention et même en fonction de la continuité du plan d'intervention.

À ce dernier chapitre, notons, à titre d'exemple, la possibilité d'intégrer dans le continuum régional de services, les interventions des organismes communautaires œuvrant auprès des clientèles ayant subi un traumatisme cranio-cérébral.

Mesure # 26

Que l'Agence assure le leadership d'une réflexion portant sur l'arrimage nécessaire à la prise en charge et au support des personnes victimes d'un traumatisme pour maintenir les acquis, prévenir la désorganisation familiale et comportementale. Un comité chargé de cette étude sera mis en place et il sera composé des représentants des établissements et organismes concernés suivants :

- Deux représentants des CSSS (mission hospitalière et sociale);
- Deux représentants des centres de réadaptation;
- Deux représentant de l'Association des TCC et ACV GÎM;
- Deux représentants de l'Agence (responsable programme traumatologie et responsable programme DP).

Ce comité rendra ses conclusions et recommandations au Comité de traumatologie régional.

10. LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

Les clientèles desservies dans le cadre de continuum de services sont :

- les personnes blessées médullaires;
- les personnes traumatisées cranio-cérébrales;
- les personnes victimes de brûlures graves.

Pour ce qui est de la clientèle des personnes blessées médullaires et des personnes traumatisées cranio-cérébrales, un protocole d'entente sur la mise en place d'un consortium en neurotraumatologie impliquant les régions de l'Est-du-Québec a été ratifié en novembre 2002. Ce protocole comprend l'organisation et la prise en charge des traumatisés par des équipes multidisciplinaires en neurotraumatologie.

Pour la clientèle victime de brûlures graves, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé récemment à la création de deux centres d'expertise visant à améliorer le continuum de services en traumatologie pour celle-ci, plus particulièrement en ce qui a trait aux services ultraspécialisés requis.

Celui qui a été désigné, en vertu de l'article 112 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, pour desservir la population de l'Est-du-Québec, est formé du consortium de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, en collaboration avec l'Association des grands brûlés F.L.A.M.

Ces centres se sont également vus confier la responsabilité de soutenir les établissements des régions desservies, en vue d'établir les complémentarités nécessaires pour le retour de ces personnes dans leur milieu de vie.

Mesure # 27

Que les usagers victimes de brûlures graves soient transférés pour la phase intensive de soins au consortium de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et de l'IRDP de Québec.

La mesure commune à ces clientèles particulières est :

Mesure # 28

D'assurer le respect des dispositions définies en vue de la prise en charge optimale de ces clientèles et d'investir dans l'amélioration constante de continuum de services.
De mettre en place les moyens nécessaires pour assurer une utilisation optimale des données statistiques permettant une gestion clinico-administrative plus efficace, dans une perspective de consortium.

11. UN CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

En continuité avec la mise en place de différents protocoles de transfert et de collaboration interrégionaux, un processus intrarégional de services intégrés en traumatologie doit être mis en place.

Ce processus devra permettre :

- à tous les établissements et organismes de la région concernés par les services en traumatologie de s'approprier le continuum de services;
- de définir et de mettre en place les composantes cliniques, organisationnelles et administratives d'un continuum intrarégional;
- de mettre en place un cadre formel de collaboration pour l'implantation, le suivi et l'évaluation du continuum intrarégional.

Mesure # 29

Que l'Agence assure le leadership, en collaboration avec le comité régional, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intrarégional d'implantation d'un continuum de services intégrés en traumatologie comprenant un volet neurotraumatologie, en définissant clairement le mandat et en supportant le porteur de ce dossier régional.

12. FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

La formation des ressources humaines et le maintien des compétences sont à la base d'une intervention de qualité. Le but de la formation et du maintien des compétences des ressources est de :

- rendre la personne compétente dans l'exercice de ses fonctions;
- favoriser l'intégration de la personne à la vie professionnelle;
- favoriser l'acquisition des connaissances spécialisées;
- permettre à la personne de développer son autonomie, de développer son sens de l'initiative, sa capacité d'adaptation, son sens critique et son sens des responsabilités.

Le système intégré de traumatologie doit être supporté par des assises solides d'un personnel compétent. Pour chacun des maillons du système intégré de traumatologie, les formations suivantes doivent être suivies et les compétences des ressources doivent être maintenues.

Mesure # 30

Que l'Agence mette sur pied un groupe de travail, afin d'étudier la pertinence de créer un centre régional de formation pour l'ensemble des intervenants de la chaîne de traumatologie. Une recommandation devrait être soumise au comité régional de traumatologie.

Voici le détail des formations disponibles pour les per sonnes visées par ce plan :

(Page suivante)

1. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Formation premiers arrivés (témoins ou non)	
Titre de la formation	o Réanimation cardiorespiratoire (RCR) o Premiers soins généraux
Objectifs	o Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire o Savoir porter secours à l'aide de gestes simples lors de situations d'urgence
Description sommaire de la formation	o Dégagement des voies aériennes o Réanimation cardiorespiratoire o Activation du réseau de soins d'urgence des services préhospitaliers d'urgence o Contrôle d'hémorragies externes o Maintien de la colonne cervicale dans les cas de traumatismes
Organisme responsable de la formation	o Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ)-RCR o Croix-Rouge o Ambulance St-Jean o Autres organismes reconnus dispensant des cours de secourisme général
Durée de la formation	o Selon les normes de l'organisme impliqué
Date de la formation	o Selon registres de l'organisme impliqué
Date du suivi et actualisation prévue	o Selon normes de l'organisme impliqué
Éléments facilitants	o Diffusion et information au grand public et dans des milieux ciblés (écoles, milieux de travail)

Formation premiers intervenants - DSA (témoins ou non)	
Titre de la formation	o Réanimation cardiorespiratoire (RCR) o Défibrillation externe semi-automatisée (DSA) o Premiers soins généraux
Objectifs	o Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire o Savoir utiliser un défibrillateur externe semi-automatique o Savoir porter secours à l'aide de gestes simples lors de situations d'urgence
Description sommaire de la formation	o Dégagement des voies aériennes o Réanimation cardiorespiratoire o Défibrillation externe semi-automatisée o Activation du réseau de soins d'urgence des services préhospitaliers d'urgence o Contrôle d'hémorragies externes o Maintien de la colonne cervicale dans les cas de traumatisme
Organisme responsable de la formation	o Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ)-RCR o Croix-Rouge o Ambulance St-Jean o Autres organismes reconnus dispensant des cours de secourisme général ou spécifique o Direction médicale régionale SPU (Agence de santé)-DSA
Durée de la formation	o Selon les normes de l'organisme impliqué o 8 heures-DSA
Date de la formation	o Selon registres de l'organisme impliqué o Sur acceptation du projet par la Direction médicale SPU-DSA
Date du suivi et actualisation prévue	o Selon normes de l'organisme impliqué o Suivi trimestriel et recertification annuelle-DSA
Éléments facilitants	o Intégration logistique, humaine et financière au programme de suivi des intervenants du préhospitalier d'urgence o Compatibilité des appareils DSA utilisés avec ceux des autres intervenants de la chaîne préhospitalière

Formation premiers répondants	
Titre de la formation	○ Réanimation cardiorespiratoire (RCR) ○ Défibrillation externe semi-automatisée (DSA) ○ Formation des premiers répondants : « Objectif 4 minutes »
Objectifs	○ Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire ○ Savoir utiliser un défibrillateur externe semi-automatique ○ Savoir agir en situations d'urgence en appliquant les protocoles d'intervention clinique des premiers répondants (PICPR)
Description sommaire de la formation	○ Dégagement des voies aériennes ○ Réanimation cardiorespiratoire ○ Défibrillation externe semi-automatisée ○ Protocoles spécifiques à la traumatologie (sommaire ci-joint) ○ Autres protocoles
Organisme responsable de la formation	○ Direction médicale régionale SPU-Coordination des premiers répondants
Durée de la formation	○ 60 heures
Date de la formation	○ Sur priorisation des demandes des municipalités par la Direction médicale régionale SPU-Coordination des premiers répondants
Date du suivi et actualisation prévue	○ Suivi trimestriel et recertification annuelle-DSA
Éléments facilitants	○ Intégration logistique, humaine et financière au programme de suivi des intervenants du préhospitalier d'urgence ○ Compatibilité des appareils DSA utilisés avec ceux des autres intervenants de la chaîne préhospitalière ○ Implication des municipalités ○ Implication des établissements de santé ○ Financement adéquat et réservé

Formation techniciens ambulanciers	
Titre de la formation	o Réanimation cardiorespiratoire (RCR) o Défibrillation externe semi-automatisée (C-MDSA) o Formation des techniciens ambulanciers : A.E.C. o TRAUMA 2000
Objectifs	o Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire o Savoir utiliser un défibrillateur externe semi-automatique o Savoir agir en situations d'urgence en appliquant les protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers (PICTA) o Savoir faire la prise en charge et l'évacuation d'un traumatisé
Description sommaire de la formation	o Dégagement des voies aériennes o Réanimation cardiorespiratoire o Défibrillation externe semi-automatisée o Protocoles spécifiques à la traumatologie (sommaire ci-joint) o Autres protocoles
Organisme responsable de la formation	o CEGEP (Ste-Foy et Ahunstic) o Direction médicale régionale SPU-Coordination de la formation
Durée de la formation	o 840 heures
Date de la formation	o Selon cohortes de formation (CEGEP) o Trauma 2000 (8 heures) en 2004 (Direction médicale régionale SPU-Coordination de la formation)
Date du suivi et actualisation prévue	o Suivi trimestriel et recertification annuelle o Suivi des cas de traumatismes majeurs via le programme d'assurance-qualité de la Direction médicale régionale SPU-Coordination de la formation
Éléments facilitants	o Intégration logistique, humaine et financière au programme de suivi des intervenants du préhospitalier d'urgence

2. SERVICES HOSPITALIERS

Formation infirmières/infirmiers	
Titre de la formation	o Réanimation cardiorespiratoire (RCR) o Formation des infirmiers et infirmières : D.E.C. o *Trauma Nurse Core Course* (TNCC)
Objectifs	o Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire o Savoir faire la prise en charge et l'évaluation d'un traumatisé
Description sommaire de la formation	o Dégagement des voies aériennes o Réanimation cardiorespiratoire o Lignes directrices de *l'Advanced Trauma Life Support* (ATLS) de l'*American College of Surgeons* o Cours TNCC
Organisme responsable de la formation	o CEGEP
Durée de la formation	o 3 ans
Date de la formation	o Selon cohortes de formation (CEGEP) o TNCC en 2003 (18 infirmières au niveau régional)
Date du suivi et actualisation prévue	o Inscription annuelle au tableau de l'ordre professionnel o Recertification annuelle recommandée
Éléments facilitants	o Développement d'une formation « maison » o Intégration logistique, humaine et financière au programme de suivi des intervenants du préhospitalier d'urgence o Suivi trimestriel o Recertification annuelle o Implication des établissements de santé o Financement adéquat et réservé

Formation médecins de première ligne d'urgence	
Titre de la formation	○ Réanimation cardiorespiratoire (RCR) ○ Formation des médecins omnipraticiens (MD) ○ *Advanced Trauma Life Support* (ATLS)
Objectifs	○ Savoir pratiquer la réanimation cardiorespiratoire ○ Savoir faire la prise en charge, l'évaluation et le traitement d'un traumatisé
Description sommaire de la formation	○ Dégagement des voies aériennes ○ Réanimation cardiorespiratoire ○ Lignes directrices de *l'Advanced Trauma Life Support* (ATLS) de l'*American College of Surgeons* ○ Cours ATLS
Organisme responsable de la formation	○ Universités ○ Programmes de résidence en médecine familiale ○ *American College of Surgeons*
Durée de la formation	○ 7 ans
Date de la formation	○ Selon cohortes de formation
Date du suivi et actualisation prévue	○ Inscription annuelle au tableau de l'ordre professionnel ○ Recertification annuelle recommandée
Éléments facilitants	○ Formateurs régionaux ○ Intégration logistique, humaine et financière au programme de suivi des intervenants du préhospitalier d'urgence ○ Suivi aux 6 mois ○ Recertification annuelle ○ Implication des établissements de santé ○ Financement adéquat et réservé

3. RÉADAPTATION ET ASSOCIATION

Le plan de formation a été élaboré par un comité composé de représentants de la SAAQ, du Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches et du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, à partir de l'évaluation des besoins de formation des centres de traumatologie, des établissements de réadaptation et de diverses associations.

Le programme de formation de base s'adresse aux intervenants travaillant auprès de la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, une blessure médullaire ou une blessure orthopédique.

En 2003-2004, 105 intervenants du CR de la Gaspésie et 2 intervenants de l'Association des TCC et AVC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ont été formé dans le cadre de ce programme de formation.

Le mandataire de la formation dans le volet réadaptation est l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Les formations offertes sont :

- Cadre de référence clinique TCC : volet adulte
- Cadre de référence clinique TCC : volet enfant/adolescent
- Ententes de réadaptation 2003-2006
- Identifier et intervenir sur les facteurs qui risquent de causer une absence prolongée du travail
- Gestion des équipes – Partie 1
- Gestion des équipes – Partie 2
- Guide de dépistage TCC et intervention TCC léger – Clientèle adulte
- Guide de dépistage TCC et intervention TCC léger – Clientèle enfant/adolescent
- La lésion médullaire : une « fracture » dans l'existence nécessitant une intervention multimodale
- Notions médico-légales dans un contexte de droit civil
- Le plan d'intervention interdisciplinaire
- Projet de soutien au développement de l'évaluation de programme
- Le traumatisme cranio-cérébral
- Le TCC mineur et léger : mise à jour sur le diagnostic, le pronostic et la prise en charge
- Le TCC : rôle du médecin conseil neurotraumatologie
- Le traumatisme cranio-cérébral, dépistage et intervention (CLSC)
- Les troubles psychiatriques suite à un accident de la route
- Les troubles graves du comportement chez les TCC : comment évaluer et intervenir

CONCLUSION

Les assises d'un système intégré de traumatologie dans notre région sont bien présentes. Les actions du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires s'inscrivent dans un changement de paradigme axé davantage sur les besoins de la population, la qualité des services, une imputabilité accrue des instances et des intervenants, ainsi que l'atteinte de résultats.

La transformation de l'architecture du système de santé et des services sociaux au Québec implique un encadrement renouvelé, une structure organisationnelle clairement définie et des systèmes d'information appropriés. Le dernier élément est d'autant plus important qu'il constitue une limite à noter dans la démarche d'obtention de données fiables aux fins d'analyse.

Ce plan régional de traumatologie s'appuie sur une vision d'ensemble et sur une série de mesures structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population victime d'un traumatisme. Il s'appuie également sur un partenariat engagé et intéressé par ses divers intervenants.

MESURES ET GESTION DE LA REDDITION DE COMPTE

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
1	Afin d'assurer un leadership régional en matière de concertation en traumatologie, l'Agence doit nommer un répondant au comité régional de traumatologie.	Nomination du répondant par l'Agence	2005
2	La composition du comité régional est la suivante : • Un représentant du CSSS de La Haute-Gaspésie • Un représentant du CSSS de La Côte-de-Gaspé • Un représentant du CSSS du Rocher-Percé • Un représentant du CSSS Baie-des-Chaleurs • Un représentant du CSSS des Îles • Un représentant du CR de la Gaspésie • Un représentant de l'Association des TCC et ACV GIM • Du directeur régional des affaires médicales et de santé physique • D'intervenants invités au besoin selon l'intérêt et les dossiers traités	Nomination des membres du comité	2005
3	Que les établissements maintiennent le comité de traumatologie local en opération. Que le responsable du comité local expédie au responsable du comité régional à l'Agence copie des procès-verbaux des réunions du comité local. Il est souhaitable que le comité se réunisse au moins 4 fois par année.	Réception de 4 comptes rendus par année par établissement	Continue

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
4	**A. Sécurité routière** Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicule hors route. **B. Chutes et blessures à domicile** Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile. **C. Traumatismes récréatifs ou sportifs** Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.	Selon Plan d'action régional de santé publique	
5	**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :** • Poursuite de la mise en œuvre d'interventions préventives visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues et d'alcool, comme la formation des serveurs, les services de raccompagnement et le recours aux chauffeurs désignés; • Développement et expérimentation d'une intervention préventive pour réduire les conséquences de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 18 ans qui font usage d'un véhicule routier ou récréatif hors route : création d'un programme de sensibilisation Action-polyvalente inspiré du programme Action-dépanneur et adapté aux adolescents en âge de conduire.	Selon Plan d'action régional de santé publique	

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
6	**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :** • Intégration dans le cadre du programme intégré de périnatalité et petite enfance, d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, en s'inspirant du guide Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants (DSP Montréal Centre, 2001); • Réalisation d'un état de situation régionale sur la problématique générale de la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées; • Planification et mise en œuvre d'un projet pilote de prévention des chutes à domicile sur une ou deux MRC du territoire.	Selon Plan d'action régional de santé publique	
7	Que l'Agence évalue la faisabilité de la mise en place d'une campagne de sensibilisation auprès du public, afin de diminuer les traumatismes liés à l'utilisation des trampolines.	Mise en place de la campagne de sensibilisation	2007
8	Que l'Agence évalue la faisabilité de la mise en place d'une campagne de sensibilisation auprès du public, afin de diminuer les traumatismes liés à l'utilisation des outils telles fendeuse à bois, scie électrique, scie à chaîne, [...] à domicile.	Mise en place de la campagne de sensibilisation	2007

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
9	**Principales actions à réaliser par la DSP au cours de 2004-2007 :** • Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements concernant la pratique des sports de glisse au Québec et le port du vêtement individuel de flottaison (PNSP, p. 51); • Mise en œuvre de programmes d'application sélective (PAS) concernant la conduite d'embarcations motorisées sur les plans d'eau, en ciblant le port du vêtement individuel de flottaison et le contrôle de la conduite d'embarcation avec les facultés affaiblies par l'alcool (PNSP, p. 51); • Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des milieux scolaires et des centres à la petite enfance (PNSP, p. 51); • Soutien conseil lors de la planification d'un plan d'aménagement de la cour d'école, en lien avec la norme CAN ICSA Z614-98; • Soutien à la reconnaissance des situations potentiellement non conformes à la norme dans les aires et appareils de jeu; • Sensibilisation des milieux scolaires à l'importance de procéder à l'inspection et à l'entretien des aires de jeu régulièrement.	Selon Plan d'action régional de santé publique	
10	Que l'Agence prépare et finance une campagne de sensibilisation auprès du public en général sur les gestes à poser avant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence et sur l'utilisation adéquate des services 9-1-1.	Mise en place de la campagne de sensibilisation	2007-2008

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
11	Que l'Agence prépare et finance une campagne de sensibilisation auprès des élèves du primaire et du secondaire sur les gestes à poser avant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. Que les équipes de premiers répondants soient mises à contribution dans cette mesure. L'introduction d'une période en secourisme au programme scolaire auprès des élèves du secondaire favoriserait cet apprentissage.	Mise en place de la campagne de sensibilisation Nombre de classes rejointes	2006 à 2008
12	Que l'Agence de santé et de services sociaux intervienne auprès de la municipalité des Îles-de-la-Madeleine pour sensibiliser celle-ci sur la nécessité d'un système 911-E.	Intervention auprès de la municipalité	2005
13	Que l'Agence termine les travaux entourant la mise en place du Centre de communication santé pour l'ensemble du territoire Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, en collaboration avec le CAUREQ, en incorporant entre autres les services ambulanciers du secteur Rocher-Percé et des Îles-de-la-Madeleine.	Adhésion des deux secteurs au CAUREQ	2005-2006
14	Que l'Agence, en collaboration avec les entreprises privées à risque pour la santé et la sécurité des travailleurs, étudie la possibilité de développer 5 équipes de premiers intervenants.	Nombre d'équipes de premiers intervenants développés 3/5	2006
15	Que l'Agence, en collaboration avec Tourisme Québec, Parcs Canada, la SEPAQ et les municipalités, étudie la possibilité de développer 3 équipes de premiers intervenants dans les parcs qui accueillent des touristes en grand nombre.	Nombre d'équipes de premiers intervenants développés 2/3	2007
16	Que l'Agence, en collaboration avec les municipalités, développe 8 équipes de premiers répondants dans les municipalités ou secteurs identifiés.	Nombre d'équipes de premiers répondants développés 8/8	2008

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
17	Que le directeur médical régional SPU de l'Agence définisse les critères de performance en traumatologie et qu'il mette en place un programme d'assurance-qualité pour les services préhospitaliers, afin de mesurer la performance des intervenants dans ce programme.	Mise en place d'un système d'assurance de la qualité	2005
18	Que le directeur médical régional SPU s'assure que les services préhospitaliers contribuent au Registre des traumatismes par l'inclusion des données pertinentes comprises dans les formulaires AS-803 et AS-810.	Intervention du Directeur SPU auprès des 5 établissements 5/5	2006
19	Que le CSSS Baie-des-Chaleurs s'assure de la mise en place d'un protocole de transfert entre l'Hôpital régional de Campbellton et le centre tertiaire à Québec pour les traumatisés qui sont citoyens du Québec.	Mise en place du protocole	2005
20	Que le comité de traumatologie régional supporte les établissements dans la mise en place de mesures répondant aux personnes traumatisées.	Travaux du comité régionale	Continue
21	Que l'Agence demande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'accorder un mandat de visite et d'évaluation au Groupe-conseil en traumatologie pour les CSSS de la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine pour l'automne 2006.	Mandat donné	2006

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
22	• Que le répondant régional s'assure auprès des responsables de la traumatologie de chacun des CSSS du suivi des recommandations du Groupe-conseil de janvier 2003.	Actualisation des recommandations du Groupe-conseil	2006
	• Que le comité local de traumatologie de chacun des CSSS dépose et présente au comité régional de traumatologie, la stratégie qu'il entend prendre dans le maintien du continuum de services en traumatologie à travers la transformation organisationnelle locale.	Présentation des CSSS 5/5	2005
	• Que chacun des CSSS complète le Registre des traumatismes de façon rigoureuse, le plus près possible de l'épisode de soins des individus concernés; qu'il utilise les données qui y sont contenues à des fins d'analyse et de discussion au comité local de traumatologie, en vue de l'amélioration continue des services offerts.	Registre complété en temps réel	Continue
	• Que chacun des CSSS utilise les feuilles de suivi à l'urgence afin de permettre l'utilisation optimale du Registre des traumatismes.	Utilisation du AH 450	Continue
23	Que le CR de la Gaspésie et l'Agence terminent l'évaluation de la mise en place d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive, afin d'offrir ces services dans notre région.	Dépôt des recommandations au comité régional	2007
24	Que les CSSS, en partenariat avec le CR de la Gaspésie et les RUIS, s'assurent de l'accessibilité de services de réadaptation spécialisés ou surspécialisés pour les personnes pour lesquelles ils sont nécessaires, par la mise en place de protocoles extrarégioal.	Mise en place des protocoles extra régionaux en réadaptation	Continue
25	Que le CR de la Gaspésie complète les systèmes d'information clientèle existants de façon rigoureuse, en tenant compte de l'étape de soins et services propre aux individus concernés. Qu'il exploite les données qui y sont contenues, de façon à dresser un portrait global de la clientèle, à des fins de planification organisationnelle et de gestion.	Registre complété en temps réel	Continue

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
26	Que l'Agence assure le leadership d'une réflexion portant sur l'arrimage nécessaire à la prise en charge et au support des personnes victimes d'un traumatisme, pour maintenir les acquis et prévenir la désorganisation familiale et comportementale. Un comité chargé de cette étude sera mis en place et il sera composé des représentants des établissements et organismes concernés suivants : • Deux représentants des CSSS (mission hospitalière et sociale); • Deux représentants des centres de réadaptation; • Deux représentants de l'Association des TCC et ACV GÎM; • Deux représentants de l'Agence (responsable programme traumatologie et responsable programme DP). Ce comité rendra ses conclusions et recommandations au comité de traumatologie régional.	Dépôt des recommandations au comité régional de traumatologie	2007
27	Que les usagers victimes de brûlures graves soient transférés pour la phase intensive de soins au consortium de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et de l'IRDP de Québec.	Respect du protocole de transfert	Continue
28	D'assurer le respect des dispositions définies en vue de la prise en charge optimale de ces clientèles et d'investir dans l'amélioration constante du continuum de services. De mettre en place les moyens nécessaires pour assurer une utilisation optimale des données statistiques permettant une gestion clinico-administrative plus efficace, dans une perspective de consortium.	Respect du protocole Nombre de moyens mis en place	Continue Continue
29	Que l'Agence assure le leadership, en collaboration avec le comité régional, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intrarégional d'implantation d'un continuum de services intégrés en traumatologie comprenant un volet neurotraumatologie, en définissant clairement le mandat et en supportant le porteur de ce dossier régional.	Mise en place de protocoles intrarégionaux	2008

#	MESURES	INDICATEUR SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	DATE DE RÉALISATION
30	Que l'Agence mette sur pied un groupe de travail, afin d'étudier la pertinence de créer un centre régional de formation pour l'ensemble des intervenants de la chaîne de traumatologie. Une recommandation devrait être soumise au comité régional de traumatologie.	Mise en place du groupe de travail Dépôt des recommandations	2005 2006

RÉFÉRENCES

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE, Direction de santé publique, *Plan d'action régional de santé publique pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine 2004-2007*, 2004, 156 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE, Direction de santé publique, *Profil des traumatismes en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, mise à jour, 2000*, 360 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE, Direction de la planification et de la programmation, *Orientation régionales en regard des services de 1re ligne en réadaptation physique, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, 2004, 43 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE, Direction de la planification et de la programmation, *Plan d'action intégré de services préhospitaliers Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, 1999.

CENTRE DE RÉADAPTATION DE LA GASPÉSIE. *Rapport annuel d'activité 2003-2004*, juin 2004.

CONSORTIUM EN NEUROTRAUMATOLOGIE DES RÉGIONS DE QUÉBEC ET DE GASPÉSIE–ILES-DE-LA-MADELEINE, protocole d'entente, novembre 2002, 21 pages.

GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Rapport d'évaluation des centres de traumatologie région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*, services de l'expertise conseil médicale, 2001.

GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE, *Rapport d'évaluation des consortiums d'établissements*, 2003, 12 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale en santé publique, gouvernement du Québec, 2003, 133 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Urgences préhospitaliers – un système à mettre en place*, Direction des communications, gouvernement du Québec, 2000, 314 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la désignation des centres de traumatologie selon les niveaux de soins*, Direction de la Coopération professionnelle, gouvernement du Québec, 1995, 33 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La régionalisation des services de réadaptation traumatologique*, Direction générale des programmes, gouvernement du Québec, 1993, 87 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les mécanismes de concertation en traumatologie*, Direction de la Coopération professionnelle, gouvernement du Québec, 1996, 45 pages.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport à l'Assemblée nationale, 1997-1998, Tome II*, gouvernement du Québec, mars 1998.

GLOSSAIRE

Agence	Agence de santé et de services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalier
AS-810	Déclaration de transport des usagers
ATLS	Advance Trauma Life Support
BM	Blessé médullaire
CAUREQ	Centre d'appel urgent région Est-du-Québec
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DP	Déficience physique
DSP	Direction de santé publique
Échelle de Glasgow	Échelle mesurant le degré de coma chez un traumatisé crânien
ÉVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
Groupe-conseil	Personnes mandatées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer, recommander et désigner un établissement dans le réseau de traumatologie au Québec
IHV	Impact à haute-vélocité

IPT	Indice préhospitalier en traumatologie
Loi	Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q., chapitre S-4.2
Med-Echo	Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PAS	Programmes d'application sélective
PHTLS	Préhospital Trauma Life Support
PNSP	Plan national en santé publique
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TCC	Traumatisé crânio-cérébral
TNCC	Trauma Nursing Core Course
USI	Unité de soins intensifs
VTT	Véhicule tout terrain

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine